

## 漢方医学の疾病観

ここまで漢方でいう証とその診断法について述べてきたが、証とは一口でいうと病的な状態を、複合薬物である漢方薬を使って治療する上で、これに合うような形にまとめた状態分析であり、古代中国では、同時にこの証によって各薬物の薬効を定め、処方进行を考案してきた。その基本型が傷寒論処方であるが、また『傷寒論』ではこうした証のもつ複合空間的な分割とともに、その変化について六経という時間的変化律を定めて編集を行っている。このような変化の法則性に対する考察は、その後の中国医学にも引き継がれ、同病異治という中国医学独特の疾病観を作り上げてきた。

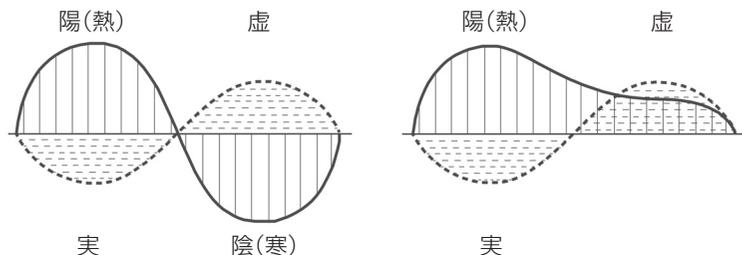
地球環境には一日、一月、一年からさらには数十年に及ぶ変化律があると言われている。もちろんこうしたリズムは長短が重なり合い、一概に予想することは難しいが、この中で各種の生物が様々なリズムに合わせ、消長を繰り返していることは、よく知られた事実である。自然環境の影響を強く受けていた古代の中国人が、こうした自然の変化律を、疾患の変化にも当てはめようとしたのは自然の成り行きであったろう。

現在、人類は世界的規模で高齢化という過去に未経験の社会に入りつつあるが、老化現象というのも一つの時間経過による状態の変化と考えれば、そこに一定のリズムがあることに気付く。医師はこのような多重の時間的変化律の複合の中で、ある時点で患者のある疾患状態に直面する訳で、年齢や過去の経過について考えることは、治療する上で重大な要因となる。近年、薬物についての適応の問題が次第に見直されつつあるが、こうした潮流をも踏まえてこの章を設けた。

### ■病態の変化

よく風邪をこじらせたというが、高齢化が進むにしたがって一寸した感冒から気管支炎、さらには重篤な肺炎を引き起こすことも稀ではなくなった。一方、近年多発しているインフルエンザでは、咽頭痛から咳、痰そし

て食欲不振と嘔吐、さらには下痢が続くといった呼吸器型から消化器型へと進行する、あるいは併発する場合もよく見かける。当然症状が違えば治療法も異なってくる訳で、こうした疾患の変化に伴う証の変化に、一定の法則性を見出そうとしたのが『傷寒論』の六経理論であり、この修正が温病学の衛気営血理論および三焦理論と言える。これらについては「漢方医学の基本理論」で既にあらましを紹介しているが、ここで今一度少し詳しく見直してみることにする。



(図 2-11) 傷寒と温病の虚実と寒熱

後漢の張仲景は『素問』の熱論篇に見られる太陽膀胱経⇒陽明胃経⇒少陽胆経⇒太陰脾経⇒少陰腎経⇒厥陰肝経という六段階の病態を参考として、各時期における症候と適応する処方を六篇に分けて整理編集した。これが『傷寒論』であるが、ここでいう膀胱経とは脊柱を挟んで背部を走る代表的な陽の経絡で、漢方的には表に相当する。続く陽明胃腑は少陽胆腑とともに中空の臓器で、まだ初期で病は浅く、体力・抵抗力のある実証型の病態を示し、治療に当たっては病邪を駆逐する瀉法が主流となる。以上の三段階がいわゆる陽病であるが、これが進むと陰病の時期になり、太陰脾、少陰腎、厥陰肝といった実質臓器が犯され、処方も温性の補剤が中心となる。この整理の仕方はあくまで陰陽論に基づいた変化という法則性に合わせたもので、四季の変化がその規範になっていたと思われる。

この後、金元の時代になって、後半の陰病に入った時期に虚証でありながらも熱が持続する場合があることが注目され、傷寒に対して温病と名付けられた。陰虚とこれに伴う虚熱という概念も次第に醸成され、対する滋

陰降火の方剤が工夫されるようになったのである。即ち寒熱を主とする陰陽と生体側の虚実とは必ずしも平行せず、次元を異にする概念ということになる(図 2-11)。

このような温病についての考え方が、理論的にまとめられたのは清代に入ってからで、まず葉天士が衛気営血という概念で、病の進行と変化を表わした。このうち衛というのは辺境、国境を意味する言葉で表に相当し、営は陣営、住居の意味で脾胃に相当するが、気分と血分の中間に位置するため、水湿と陰虚を併せた水の病証と考えられる。つまり表から気、水ときて、最後には血虚、瘀血、血熱といった血の病で終わる。そしてこの中では熱から寒へという交替は見られず、実熱・虚熱の違いはあっても終始熱で推移するのである。

この後、『温病条辨』中に見られるのが呉鞠通の三焦弁証で、横隔膜から上の上焦心肺、横隔膜の直下の胆と中央の脾胃、臍から下の下焦肝腎と位置的に三部に分け、これに各々臓腑を割り当てたもので、衛気営血と比べて臓腑のもつ比重が大きい。またこれを気水血の概念と合わせ左右に分けると、寸口六部定位の脈診の臓腑配当とも相合してくる。各薬物の帰経が確立されたのもこの頃のことである。

ただ表裏と同じように衛気営血あるいは臓腑といっても、あくまで診断一治療する上での作業仮説で、各々を現代医学的立場から厳密に追求することはあまり意味がない。しかし実際の臨床に当たってこうした法則性を知っていることは、それなりに役立つことも多い。

呼吸器疾患(肺)に対する漢方治療を例にとると、(表 2-7) などのように

解表 (麻黄：肺金)	麻杏甘石湯
平肝 (柴胡：肝木)	柴朴湯 神秘湯
補気 (人参：脾土)	喘四君子湯 参蘇飲
滋陰 (麦門冬：肺金、脾土)	麦門冬湯 清肺湯 滋陰至宝湯
補血 (地黄：腎水) (当帰：肝木)	滋陰降火湯

疾患の変化につれて証 ⇒ 薬物 ⇒ 処方が変わってくる。

即ち初期の咳嗽には麻黄を主とする麻杏甘石湯がこれに当たるが、小児喘息などでは半表半裏の主方小柴胡湯を用いた柴朴湯が第一選択となる。神秘湯はこれら麻黄と柴胡を併用した中間的な処方である。更に遷延し、あるいは中高年で気虚を伴うものには、人参を用いた喘四君子湯というのがあるが、エキス剤では参蘇飲がこれに近い。そして更に長期化あるいは加齢が進むと肺脾の滋陰薬である麦門冬を用いた麦門冬湯、清肺湯、滋陰至宝湯などの適応となる。最後に自己免疫がらみの膠原病肺や肺線維症に対しては、血分の熱を冷ます滋陰降火湯が用いられる。

なお上記の例中で臓腑に金木といった五行を付したのは、「尅される臓を治す」という言葉が『素問』にあり、たまたま金尅木、木尅土といった順になっているからで、あまり拘る必要はない。

### 現代医学的に見た病の浅深

このような病態の変化律が、各種の疾患についてどの程度当てはまるのであろうか。B型肝炎には小柴胡湯(肝)、C型肝炎には六君子湯(脾)と言われるが、いずれも永い経過を見ていくと肝硬変から肝癌へ、即ち営分から血分へという一定のパターンを取りつつ、病態は様々に変化錯綜する。これとともにインターフェロンの使用法や適応も変わり、癌に対する治療も必要になってくるが、これに合わせて漢方の運用処方も複雑に変化させていく必要が生じる。

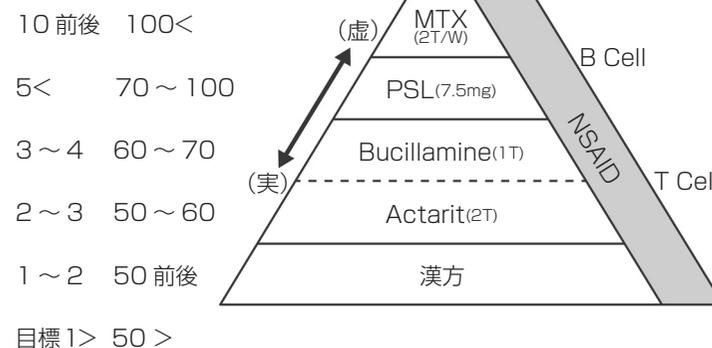
また一般にアレルギー性疾患の初期にはまず解表剤が用いられ、鼻炎に対する小青竜湯や荊芥連翹湯、喘息に対する麻杏甘石湯や柴朴湯などがこれに相当するが、長期化してくると各々辛夷清肺湯や清肺湯など、営分に対する滋陰清熱剤へと変わる。しかし瘀血や血虚、つまり血分に至る場合は少ない。

一方で経過とは別に、終始ある状態を呈する疾患もある。例えばベーチェット病とSLEという二種の免疫疾患を比較してみると、前者は急性炎症型、即ち実熱型を示し、治療も黄連解毒湯から温清飲といった清熱解毒の

方剤が基本となるのに対し、後者は慢性炎症型、即ち営分・血分の虚熱の病態と考えられ、処方も滋陰清熱、涼血の方意を持つ滋陰降火湯が合うことが多い。腎障害を伴う場合でも初期には柴苓湯であろうが、長期的には清心蓮子飲など滋陰利水の方剤が必要となる。即ち漢方的に見れば前者は浅く後者は深いということになるが、同じく免疫疾患であってもT Cellの免疫学的サブセットの比率にも相違があり、現代医学的治療法も異なっている。

RAについても漢方治療の報告が多く、様々な処方が推奨されているが、基本的には体表の痛みと腫脹を主とする疾患で、解表利水薬である麻黄・防己を用いた方剤群が主流である。ただその効果については、漢方薬のみでコントロールし得る範囲は限られており、どうしても現代医薬品の力を借りなければならぬことが殆どである。この現代医薬品の使用法については、種々のステップアップ方式が提案されているが、これに基づいて漢方薬を併用する場合の方式をもここに掲げた(図2-12,13)。

CRP 血沈 (1° 値)



(図2-12) RA に対する Step up 治療

即ちCRPで1~2前後、血沈1°値が50位と比較的軽症のものは、防己黄耆湯や麻黄剤を用いた漢方だけで充分だが、これで治まらないタイプには、これに加えてActarit、Bucillamineと上げていき、さらにはPSL、MTXなど免疫抑制剤を追加していく。こうした変化に合わせて漢方治療も標治



は同じでも、本治として血分の治療薬を通導散から疎経活血湯、滋陰降火湯と、瀉剤から補剤へと変えていく。

なおこの PSL を必要とする患者群について調べてみると、B Cell の分布異常が目立ち、シェーグレン症候群を伴うものも多いことから、SLE に対する滋陰降火湯を当てている。つまり漢方的に表から裏、あるいは営分から血分に至るといった分類は、必ずしも同一疾患が時間とともに変化していくとは限らず、直中と言われるように、初めから営分あるいは血分の病として現れ、ここに終始することも多い。こうした問題についても、今後現代医学の進歩とともになお明らかにされていくであろう。

### 3 証の複合

これまで漢方の証について表から裏、あるいは気水血といった分類で解説を進めてきたが、実際の臨床ではこれらを明確に区別できる場合は少なく、錯綜して現れることが殆どである。合病あるいは併病とも言われるが、『傷寒論』中の柴胡桂枝湯は、太陽と少陽を合わせた病証であり、『和剂局方』の十全大補湯は、気虚と血虚が重なっている場合に対するものである。さらに五積散や防風通聖散となると、表裏、気水血にまたがった複雑な組成で、これらの構成を読み取るだけでも大変であるが、ぴったり当てはまる適応症を見分けるとなると、更に難しくなる。

しかし翻って考えてみれば、桂枝湯から始まる漢方処方方は、すべて複合

する証にも、ある程度の基本的パターンがあるということを前提として、幅広く適応しうるように編まれたもので、証の複合の仕方については、逆に過去の代表的処方構成の中に既にそのパターンがあり、こうした意味からはどんな複雑な証でも、適応する処方を選んで、若干の手直しをすればよいということになる。

しかし実際の臨床に当たってはそう単純にはいかない場合が多く、慢性疾患や多臓器疾患を持つ高齢者では、何を基準にしてどこから手を付けていったらよいのか、しばしば迷うことがあり、以下いろいろな複合証について整理を試みた。

#### ① 重複型

前にも述べたように呼吸器型と胃腸型の感冒が重複して表われた場合である。小青竜湯と真武湯の症候が同時に重なるが、後世方薬としても参蘇飲と五積散を併用しなくてはならないことはよくある。これについては、咳は上焦で食欲不振や嘔気は中焦、そして下痢は下焦と考えればよく、処方群を大きく三焦に合わせて頭に入れておくと便利である。

一方、SLE で永らく滋陰降火湯を用いて治療していた患者が、感冒に罹ることも多く、この場合は一応、滋陰降火湯に一時的に葛根湯を重ねればよいが、発熱しやすいことを考慮に入れば柴胡桂枝湯を、あるいはもともと陰虚証であることを考えれば早めに清肺湯を用いるなど、処方の選択については全体の証を考え、慎重に検討する必要がある。

#### ② 移行型

高齢者の感冒で葛根湯を投薬しているうちに、咽頭炎を起せば葛根湯に桔梗石膏あるいは麦門冬湯を加える必要が生じる。さらに遷延すれば滋陰至宝湯が清肺湯に変えることになるが、移行時には、一時的にせよ葛根湯と滋陰剤の適応の証が同時に現れる。

肝炎についても慢性肝炎から肝硬変に至る間に脾虚、水湿、陰虚、瘀血と様々な証が重なり、どれを主に治療すべきか迷うことは多い。こうした意味で補中治湿湯から分消湯血鼓加減、あるいは柴胡疎肝散や当帰鬚散など、様々な特殊処方を挙げているが、エキス剤処方だけでは間に合わない

からである。同時にこれらを運用していく上では、漢方的所見だけでなく、現代医学的な検査所見をも合わせて、早めに早めにと手を打っていくべきであろう。

### ③合併証型

近年、糖尿病患者が世界的に増加する傾向があるが、現代医学的な血糖降下剤の開発も進み、血糖値のコントロールという観点からは充分対応している状況にある。しかし一方、高齢者で安定し難い場合も増え、また依然として難治な合併症も多く、漢方的治療もそれなりに意味を持つてくる。

糖尿病の治療は、大きくは初期の実証タイプと後半の虚証タイプとに分けられ、前者には大柴胡湯や防風通聖散、後者には白虎加人参湯や六味地黄丸が当てられる。ただ合併証としてのニューロパチーとなると、これに加え表証として越婢加朮湯などの麻黄剤が必要となり、腎症には清熱利水の清心蓮子飲、血管系の障害には、当帰芍薬散や疎経活血湯などの血分の処方が必要となる。即ち糖尿病は基本的には陰虚体質と言えようが、臨床的には瀉下から利水、化瘀、更に解表まで併せて考えるべき複雑な疾患といえる。

### ④混在型

高齢化が進むにつれ、変形性関節症で防己黄耆湯を投薬しているうちに、白内障が進んで八味地黄丸か六味地黄丸が必要となり、さらには循環器系の不全を起こし、活血化瘀(駆瘀血)剤も考えねばならないといった例は多い。これに更に感染症を起こせば、何を主に治療すべきか分からなくなる。漢方は複合剤であるといっても、こうしたすべての証に同時に対応できる処方はなく、やはりケースバイケースで必要最低限の既成処方を組み合わせるしかなく、それには十分な漢方の知識が必要となってくる。

ただ現代医薬品についても同じことが言えようが、この際過量の薬物の投与を続けていると、食欲不振から始まって様々な副作用のもととなる。「高齢者に対しては薬用量は少な目に」というのが漢方の教えである。

## 漢方医学の運用に当たって

### ■漢方の始め方

この十数年来、日本における漢方の普及は目覚しく、三人に一人の医師が漢方の使用経験を持つと言われている。ただ殆どはまず自分の手掛けている患者の中から、効くと言われている漢方エキス方剤を、1剤位試用してみることから始めるのが普通であろう。当然ながら病名漢方あるいは症候治療で、現代医学的な漢方使用と言われる。しかしそのうち同じ疾患に対しても、効く時と効かない時があることに気付き、漢方を止める者と、逆に処方の種類を増やして適応を考える者が出てくる。つまり証の認識を持つかどうかの違いである。そして更に興味をもって、次第に対象疾患の幅を広げていく人が残るが、この場合でも他の分野まで手を上げようとする立場と、自分の専門分野の中でこの違いを探っていこうという立場とに分かれる。この差は性格にもよろうが、各医師の置かれている環境に影響されるところが大きいようである。

現代の発達した高度医療現場では、時間的・体力的に、あるいは職場の制約からも、それぞれの専門領域に限局せざるを得ない状況にある。同時に一方では老年病院や閉ざされた地域の中で、あらゆる疾患にある程度の対応を迫られている医師もある。また逆に都市部でも、高度医療機関にはさまれて、あちこちの専門病院を右往左往した後に、かかりつけの主治医に何らかの漢方治療を求める患者も増えつつある。いずれの立場でも少し熱心に漢方に取り組もうとすれば、やはりヒートパック2剤位の使用は必要となる。しかし更に漢方科あるいは東洋医学科を表面に出せば、様々な疾患と訴えを持った患者に、一応納得のいく漢方処方を出さざるを得なくなり、3剤位は操らないと対応できなくなる。ただこのためには薬局の理解と協力が不可欠な条件となるが、諸事情を充分考えた上で、漢方の専門医を標榜するためには慎重に準備を進めていく必要がある。

## 2 標本と主次

漢方には標本という言葉がある。表とは当面の治療ターゲットで、主訴や主症状と言ってよく、本はそうした症候を生じた原因・背景で、根本治療と言ってもよい。ただ『素問』には「急なれば標を治し、緩なれば本を治す」という言葉があり、急性期にはまず標治を、これを過ぎれば本治をと解釈し得る。前掲のSLEに風邪が重なった場合は、前者が本で後者は標、また糖尿病の合併症については滋陰が本治で他の治療法は標治ということになる。またRAでは麻黄剤や防己剤は標治で、本治はやはり活血化瘀剤と言える。ただ慢性疾患を治療する上で、また成人病に多い混在型では、どれが標でどれが本であるのか分かり難く、主治と次治の区別は困難となる。

私がかつて教えを受けた中国の楊甲三は6割位の患者に六味丸加減方を出しておられた。また一貫堂の師中島紀一は防風通聖散と通導散および竜胆瀉肝湯の三方の合方のみで、約70%位の患者に対しておられた。

これらから見ると基本的には本治の方が大切なのであろうが、患者側から見れば差し当たっての愁訴を楽にしてもらうことが大切で、2～3週間で楽にならなければ来なくなる。こうした経験から考えると、慢性疾患に対してはどうしても多剤による標本同治が必要となるが、この場合、標を主にするか本を主にするかの違いがある。著者の臨床を見学にきたある医師は、3剤の合方を見て、「2剤までは分かるがあとの1剤がどうしても分からない」という感想を述べたが、最後の1剤は本治の処方であり、他剤は変えていっても本治剤はあまり動かさない。このことは現代医薬品を使用する場合にもある程度当てはまるような気がする。

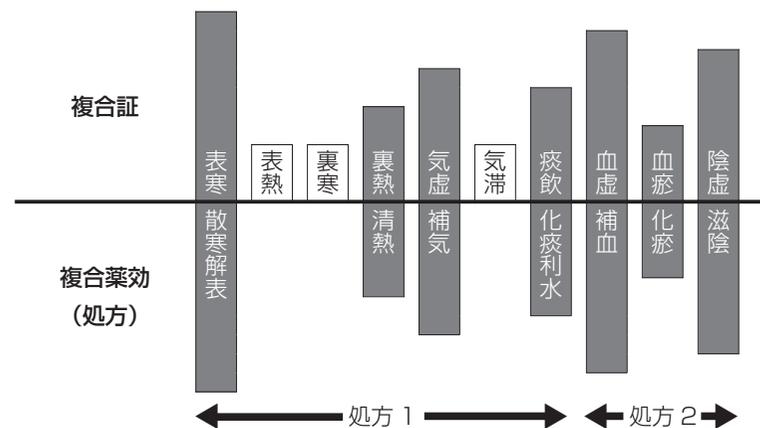
## 3 虚実と補瀉

「虚実は不足と有余を表わす」と言われるが、この場合結局は気血水の不足か有余であろう。即ち気虚、血虚、陰(水)虚は虚で、気実(気滞)、血実(瘀血)、水湿は実ということになり、対する補気、補血、滋陰は補(薬)剤で、理気(瀉下)、化瘀(駆瘀血)、利水(化痰)は瀉(薬)剤となる。ただ同じく補

剤、瀉剤といってもその強さには違いがあり、例えば補気にしても大棗や白朮は弱く、人参・黄耆は強いし、理気については紫蘇から厚朴・枳殻・大黄の順に強くなる。この薬物の強さの選択を誤ると、仮に弁証あるいは治法が間違っていないでも体には合わない。こうした強弱の違いは向精神薬の強弱などを考えればよく分かるが、他の現代医薬品についても同じであろう。そして今一つその量がある。この点、大黄を使ってみるとよく分かるが、0.1～0.2gの差でも便通の具合は変わってくる。ステロイドにしても半錠の違いは大きい。

更に難しいのは虚実は錯綜しているということである。例えば子宮筋腫は瘀血であっても、筋腫があれば不正出血を起こし易く全身的には血虚となる。これに対しては化瘀(駆瘀血)と補血の薬物を同時に使用しなくてはならず、これを補瀉兼施と言っている。このことは特に後世派の多味を用いた方剤を見ると分かるが、補薬と瀉薬が複雑に組み合わせられ、一方で理気薬を用い、一方で補血・補気薬を使うなど錯綜した構成をとっている。

このように標本と主次を考え、虚実を計って補瀉の程度を定め、それぞれの兼施を行うとなると、どうしても合方や加減が必要となる。しかし一方で処方には既に複合剤であり、錯綜した証に合うように工夫が凝らされている。したがってまず1剤ずつ使いこなし、どうしても足りなければ2剤



(図 2-14) 複合証に対する合方

位というのが一般的であろうが、場合によっては3剤が必要なこともある。ただこれはあくまで処方への修正であり、加減であることが前提で、量は一定の範囲に収めるべきである(図2-14)。

こうすれば一味一味合わせる中国流よりは、客観性もあり、成方それ自体のもつ微妙なバランスをくずさないといった利点がある。

例えば次のような例がある。患者は○才の女性で慢性的に続く頭痛を訴えて来院した。手足は冷え易くやや赤ら顔で手指に血管が浮き出、一見して瘀血と冷えが目立つ。したがって処方エキス剤で

当帰四逆加呉茱萸生姜湯 5g (補)

川芎茶調散 2.5g (中)

桂枝茯苓丸 2.5g (中)

とした。2週間程経って患者は頭痛は勿論、体調がすっかりよくなりましたと再来した。この場合、当帰四逆加呉茱萸生姜湯が主方で、これのみでも患者の訴えはとれたであろう。ただ表証の気鬱頭痛により川芎茶調散と活血化瘀(駆瘀血)剤の桂枝茯苓丸を少量加えることによって、処方の巾が広がり患者には心地よく受け入れられる。不要と言ってしまえばそれまでだが、漢方診療を行っていく上で、こうした細やかな配慮が、医師にとっても患者にとっても大切なのである。

慢性疾患の治療は長期の服薬が必要となり、継続するためには少量で効かせることも重要である。そこで著者は常に少量多味、総量一定のもとで合方処方を行うことが多い。即ち常に総量一定のもと、3剤(標治2剤+本治1剤)が基本形となる。一貫堂方剤(体質改善剤)+本治方剤+標治方剤など、3剤のうちの1剤に体質改善のための一貫堂方剤を入れたり、一貫堂方剤と本治方剤を一剤にまとめたり、一貫堂方剤を2剤、3剤と組み合わせたりすることもある。

#### 4 副作用と不適應

副作用のない薬物はないと言われるが、少量で体の状態を変える薬物は、食物と違って副作用は避けられないと言えよう。ただ副作用を起こす原因

は幾つかに分けられると思う。

- ①薬物に必ず伴うもの。  
(アスピリンによる胸やけ等)
- ②過敏性体質  
(ピリン過敏性体質等)
- ③不適応な使用  
(下痢するものに大黃配合剤等)
- ④過量投薬  
(血糖降下剤の選択と量)

などが代表的なものであるが、いずれにしても漢方薬の使用についても慎重にすべきである。

漢方の副作用で最初に厚生省から注意があったのは甘草による偽アルドステロン症で、低カリウム血症とこれに伴うしびれ、脱力などである。これについて過去20年間、約20,000人位の患者群で2名発生している。入院の上、甘草の入っていない漢方を与えて比較するなど、因果関係を調べたが、極めて少数ではあるがカリウム低下が起り得ることを確認した。いずれも60歳以上の患者であるが、症状としては顕著ではなかった。

次に小柴胡湯による間質性肺炎である。死亡例もあったようで注意しているが、これまで小柴胡湯の使用が少なかったせいもあってか経験していない。もともとC型肝炎に小柴胡湯が適応することは少なく、慢性肝炎後期から肝硬変になると全く適応はない。死亡例が50歳以上で慢性肝炎～肝硬変であった例が多いようで、これから見ると不適応な使用があったのではないかという気もする。

しかしこの一年副作用報告のあった例を見ると、必ずしもそうばかりとも言えない事例もあるようである。大柴胡湯、柴朴湯、柴苓湯、柴胡桂枝乾姜湯、黄連解毒湯、半夏瀉心湯、乙字湯、清肺湯、辛夷清肺湯の10品目であるが、前4方は小柴胡湯の合方乃至は変方で当然と言え、黄連解毒湯、半夏瀉心湯も黄連・黄芩を使用した強い清熱解毒剤である。半夏瀉心湯は小柴胡湯の柴胡と黄連を置き換えた処方でもある。また乙字湯にも柴胡・

黄芩が含まれ、やはり共通した一面を持っていると言えよう。

分からないのは清肺湯、辛夷清肺湯で、確かに黄芩は入っているが、分類から言えば滋陰清熱剤の範疇に属し、黄芩の量も少なく、多味剤なのでその作用も弱められていると思われる。ただ滋陰剤は燥性の患者にはよいが、湿証のものには合わないことが多い。八味地黄丸で食欲不振を引き起こす例は大変高率と言われ、重篤な副作用とまでは言えないにせよ、やはり注意すべきであろう。この点、理気燥湿薬を陰虚証に投薬するのも同じ事と言える。こうした意味からも年令や舌診は大きな参考となる。

また一般的に薬効の強いものとして、麻黄・附子・大黄などが挙げられ、過量にならないよう注意すべきである。地黄は食欲不振を起しやすく、また妊娠中の禁忌として化癥(駆瘀血)剤と下剤が挙げられている。ただ弱いもの少量なら差し支えなく、気を付けるのは桃核承気湯および通導散に大黄牡丹皮湯くらいであろう。催奇性については今のところ報告はない。

以上、思いつくままに記したが、やはり漢方薬も薬物である限り使用には慎重でなくてはならず、そのためにも漢方的な知識は必要と言えよう。

また漢方が適応しない疾患についてであるが、当然ながら急性、重篤な患者には、現代医学的治療が第一選択となり、漢方の使用は行うとしても補助的である。この点器質的病変のはっきりした、手術適応のある患者についても同じであろう。これらは常識の範疇に属し、今後漢方に対する知識の普及と使用経験を重ねることにより、その壁は自ずから薄くなり、うまく両者が使い分けられるようになるであろう。

漢方は、うまく使えば多かれ少なかれ身体の病的状態を改善するので、治癒は望めないにしても、ある程度状態が改善され、一時的に症状の改善が見られることは多い。進行癌などについてもそういった意味での効果はあり、老化に伴う諸症状についても工夫の余地はあろう。即ち効く効かないといってもQOLといった判断基準の問題がある。

ただそうした中でこれまで漢方治療に対して、まったく反応が見られなかった疾患としては、

①遺伝性のはっきりした疾患

②進行性の神経変性疾患

③重大な精神、性格の異常

などが挙げられる。①については血友病、筋ジストロフィーなど、②については筋萎縮性側索硬化症、小脳脊髄変性症、パーキンソン病などがある。③についての結論は今後の精神科の方々の努力に待ちたいが、少なくとも漢方のみで効果を挙げた例はなく、やはり専門家との協力体勢が必要となる。

しかし患者や家族にとっては、何の治療法もないと言われ、無効なのは知りつつも漢方の服用を続ける場合もあり、医の倫理の面からの配慮も大切であろう。